

СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВАНИЯ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

В. И. Филипович

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Сегодня основное послание, скрытое в непреднамеренном противостоянии врача и пациента, основной источник конфликтных содержаний во взаимодействии внутри данной диады, заключается в предложении (или принуждении) пациенту, исходящем от врача, утратить часть себя, передать ответственность и уйти в отчуждение от собственной телесности.

В современном мире с уже давними традициями отчуждения, наниматель предлагает работнику отчуждать свой труд, его процесс и результат [5]. Такое отчуждение порождает отвержение и отчуждение личности нанимателя, человек начинает отчуждать другого человека. Ценности общества потребления, как и ценностный вакуум переходных сообществ, отчуждают человека от вещественного мира, мира реальных предметов и мира культуры. Личность переживает неудовлетворенность своей жизнью, воспринимает ее разорванной, фрагментарной, другой человек переживается как враждебный объект. Более того, человек переживает самого себя, все свои проявления, как чуждые, управляемые внешними силами. Экзистенциальные страдания в итоге приводят к переживанию утраты себя, человек утрачивает связь с самостью, становится душевнобольным как абсолютно самоотчужденным [10].

Опыт личности в историческом масштабе, которая однажды смогла осознать себя и отделить от внешних обстоятельств, и затем попавшая в водоворот процесса отчуждения, насчитывает несколько сотен лет. Опыт отчуждения человека предмодернистского, модернистского и постмодернистского состояния сообществ все-таки оставляет поводы для оптимизма. В современном постмодернистском наиболее фрагментарном, хаотическом и отчужденном дискурсе молодые сохраняют стремление к осмыслению жизни, проявляют «волю к смыслу» [9]. Во всех сферах человеческих отношений время от времени, дискретно, но, тем не менее, возникают экзистенциальные акценты на личности, на самости как центре ответственных выборов во взаимодействии с миром и другим человеком.

Состояния экзистенциального неблагополучия [3; 9] в равной степени захватывают и врача, и пациента как участников одного общества. Вместе с тем, выше названные ответственные и осознанные отношения, находят место в диаде «врач - пациент», операционализируются в новых моделях взаимодействия.

Препарируя психологическую природу отчуждения, можно утверждать, что оно возникает в результате бездумного подчинения внешним силам, потери, по мнению К. Хорни, интереса к себе [2], потери «необходимости себя» [4]. Дж. Накамура, следуя концепции потока М. Чиксентмихайи, утверждает, что противоположность отчуждению –

включенность, характеризуется балансом и интеграцией активных и рецептивных способов взаимодействия [2], то есть диалогичностью, по сути. Отчуждение как нарушение этого баланса может иметь два проявления: полное подчинение объекту и полное подавление объекта.

В диаде «врач – пациент» как в диаде экзистенциального взаимодействия человека с Другим, можно проследить все процессы и проявления отчуждения. Фигура врача в предмодернистском обществе архетипически нагружена, предполагает полное подчинение ведомой личности традиционных сообществ Целителю – проводнику высших сил, обладателю потусторонним иррациональным знанием. Модернистское состояние общества наделило врача носительством ценностей всемогущества науки. Незрелая в историческом эволюционном смысле личность полностью подчинялась давлению объекта – обладателя рациональным знанием. Вместе с тем «рациональный» человек исхода модернистской эпохи ощутил иррациональный страх отчуждения, будучи пациентом, во взаимодействии с врачом, и стал терять доверие к медицинской науке. Пациент переживает свое собственное тело, непонятное в его патологических процессах и более знакомое другому человеку как «тело – для – другого ... непостижимое и отчужденное» [8].

Современный пациент, пришедший на прием к врачу, может в своих отношениях к другому человеку проявлять все типы рациональности, идентифицировать себя с различными историческими моделями отношения к миру. В постмодернистском обществе, кроме этой множественности проявлений, проступает отчуждение как полное отстранение от объекта, утрата себя и Другого. Такой пациент наиболее нигилистичен.

Все способы отчуждения, демонстрируемые современным пациентом, характеризуются смыслоутратой. Подчиняющийся пациент проявляет конформизм и не может сотрудничать вне бдительного контроля со стороны врача, подчиняющийся – враждебен и манипулятивен, полностью отстраненный – скептичен, обесценивающий любые усилия. Вместе с тем, усматривая выше упомянутые обнадеживающие тенденции, можно встретить пациентов, устремленных к смыслу и ответственности, рефлексизирующих контакт с врачом. Такой пациент более не желает отчуждать никакие части себя, и такую важную часть как непосредственно данную в опыте телесность. Пациент стремится взять ответственность за свои состояния, за состояния своей телесности.

Пациент, перешедший к рефлексивному, отстраненному пониманию своей телесности и ее болезненных процессов, и здесь, может проявиться двояко [7]. На этом пути рефлексирования, пациент, как и всякий человек, может потерять понимание, направление и, в итоге, доверие к медицине в частности. Скептицизм, отказ от обращения к медикам – это один из возможных поворотов на пути к осмыслению. Обретение новой осознанной точки отсчета в отношениях с другим человеком по поводу себя и своей жизни – другой поворот на этом пути. Рефлексивный скептицизм по внутренней природе является итогом отличных от отчуждения усилий

личности. Пациент сохраняет тенденции к поиску смысла и испытывает тревогу от неудачи на пути поиска смысла. Пациент, осуществивший рефлексивные усилия в обоих вариантах успешности этой попытки, более не желает подчиняться объекту, нацелен на ответственность и субъектность во взаимоотношениях с врачом. Вместе с тем, человек, принявший свою жизненную ситуацию с рефлексивной перспективы, принимает и уникальность Другого, в частности понимает врача как носителя особых профессиональных знаний и умений и не обесценивает ни эту ролевую позицию, ни личность врача.

Врач как агент этой системы, обреченный на профессиональную ответственность, также обречен на поиск точки опоры в этических ценностных, а значит, рефлексивных, системах. В частности выделяют этические модели Гиппократ, Парацельса, деонтологическую модель, биоэтику, постмодернистскую «смыслоспасающую» этику ответственности Ханса Йонаса [6]. Биоэтика и этика ответственности «объясняют» врачу и делают возможной субъект – субъектную парадигму во взаимоотношениях в диаде «врач – пациент». Ценностные ориентиры помогают врачу определить, разглядеть в отчужденном и враждебном пациенте рефлексизирующего субъекта, личность, выбрать тактику взаимодействия с человеком.

Понимание экзистенциальной сущности взаимодействия с Другим, ценностные координаты профессиональной деятельности позволяют определить место и время существующим многочисленным рекомендациям врачу по установлению эффективной коммуникации с пациентом. Часто советы по подстройке – присоединению к пациенту, преодолению сопротивления пациента, демонстрации уважения к пациенту, которое врач не обязательно может испытывать, носят откровенно манипулятивный характер, абсолютно безосновательны и нелепы в общении с рефлексизирующим, ответственным пациентом.

Еще психотерапевты Дюбуа и А. Адлер [6] «обнаружили» у пациентов стремление узнать как можно больше о своем заболевании. Современный врач, относящийся к пациенту как к объекту, манипулятору, ничего, кроме раздражения не обнаружит у себя в ответ на догадки и сомнения у пациента, начитанного в Интернете о своем заболевании, о фармакологических препаратах и других врачах. Вместе с тем, за демонстрацией этих сомнений обнаруживается стремление пациента установить открытое информационное сотрудничество с врачом, за тревогой о своей телесности стоит ответственное отношение к ней и к своей жизни. Современный врач – не целитель древности, он опирается на модель болезни, устраняет патологию телесности и вынужден относиться к личности больного человека как к не всегда удобному артефакту. В этой ситуации лучшее, что могут сделать участники этой особой диады: врач и пациент – с ответственностью, каждый со своей ее мерой, взаимодействовать по поводу нарушений соматического состояния пациента.

Резюмируем. Классические модели взаимодействия врача и пациента [1] четко отражают смысловые позиции взаимодействующих. Вместе с тем,

основанием моделей является представление о враче как организующем взаимодействии, ролевая позиция пациента определяется поведением врача и является вторичной. Модели не рассматривают тех преобразований в широком социальном контексте, которые привели к самой возможности выделить типологические вариации в ролевых позициях. Указанные пробелы позволяют обратить внимание на тенденции в развитии социумов, приводящие к содержательным изменениям социальных ролей врача и пациента, к преобразованиям внутри указанных дискурсов. Социальные закономерности определяют основания типологических тенденций в исполнении роли не только пациента, но и врача. Широкий социальный контекст в понимании взаимодействия врача и пациента задает и более широкие рефлексивные рамки, уводит типологические модели и понимание психологических процессов в указанной диаде от ограничений узких контекстов внутриличностных радикалов и психологических закономерностей динамики малых групп. Врач и пациент становятся равноправными участниками исторических, социальных, профессиональных процессов. Человек понимается, как способный организовать собственное здоровьесберегающее поведение, понимать роль и место в собственной жизни сотрудничества с врачом по поводу своего здоровья. Последовательная рефлексивная и неотчужденная позиция обоих участников диады «врач-пациент» приведет к сохранению психического и соматического здоровья граждан.

Литература

- 1 Витч, Р. Модели взаимоотношения врач-пациент [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://videonet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931>. – Дата доступа: 28.04.2016.
- 2 Леонтьев, Д.А. Смыслоутрата и отчуждение / Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Культурно-историческая психология. – 2007. – № 4. – С. 68–77
- 3 Мадди, С. Смыслообразование в процессах принятия решения / С. Мадди // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 87–101.
- 4 Мамардашвили, М.К. Необходимость себя / М. К. Мамардашвили. – М. : Лабиринт, 1996. – 432 с.
- 5 Маркс, К. Экономическо-философские рукописи 1844 года / К. Маркс, Ф. Энгельс // Соч. – Т. 42. – С. 411–74 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psylib.org.ua/books/marxk01/index.htm>. – Дата доступа: 23.04.2016.
- 6 Носачев, Г.Н. Эффективно общение и предупреждение конфликтов в системе «Врач-Пациент» : Научно-практическое пособие / Г.Н. Носачев. – М. : Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2015. – 104 с.
- 7 Рубинштейн, С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир / С.Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2003. – 512 с.
- 8 Сартр, Ж.П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии / Ж.П. Сартр. – М. : Республика, 2000. – 639 с.
- 9 Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
- 10 Фромм, Э. Здоровое общество / Э. Фромм. – М. : АСТ : Транзиткнига, 2005. – 571 с.